UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 - 1952 — N° 115

Le Paludisme autochtone en Charente - Maritime

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Juillet 1952

par

Philippe, Henri LEPROUX

né le 20 octobre 1927 à LA ROCHELLE (Char.-Mar.)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Diplômé de Médecine Tropicale

Diplômé de Biologie et de Médecine appliquées à l'Éducation physique et aux Sports

Examinateurs de la Thèse

MM. BONNIN, professeur, *Président*
CREYX, professeur,
DUBARRY, agrégé, } *Juges*
LENG-LEVY, agrégé,

IMPRIMERIE DE L'OUEST
rue Albert-Ier, LA ROCHELLE

- 1952 -

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547304_0064

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 - 1952 — N° 115

Le Paludisme autochtone en Charente - Maritime

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 21 Juillet 1952

par

Philippe, Henri LEPROUX

né le 20 octobre 1927 à LA ROCHELLE (Char.-Mar.)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales

Diplômé de Médecine Tropicale

Diplômé de Biologie et de Médecine appliquées à l'Éducation physique et aux Sports

Examinateurs de la Thèse

MM. BONNIN, professeur, *Président*
CREYX, professeur,
DUBARRY, agrégé,
LENG-LEVY, agrégé,
Juges

IMPRIMERIE DE L'OUEST
rue Albert-Ier, LA ROCHELLE

- 1952 -

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — ASSESSEUR : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPÉRIÉ, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N... CREYX	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale	PAPIN MASSÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE	Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Clinique gynécologique	MAGENDIE	Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Anatomie	N...	Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie générale et histologie	MAYER	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	MESNARD	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Matière médicale	GOLSE	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Pharmacie	VITTE	Botanique et cryptogamie	GIRARD
Physiologie	FABRE	Thérapeutique	BROUSTET
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS		
Médecine expérimentale	N...		

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL	Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Physiologie	Mlle ROUGIER	Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Bactériologie	MOUSTARDIER	Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	SARIC DUBARRY TRAISSAC BERGOUIGNAN LENG-LEVY	Ophtalmologie	BESSIÈRE
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
		Histologie	N...
Chirurgie générale	POUYANNE LAUMONIER CHAVANNAZ	Pédiatrie et puériculture	VERGER
		Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Chimie biologique	N...	Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Obstétrique	MAHON CHASTRUSSE	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
		Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	DUFOUR	Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Accouchements	CHASTRUSSE	Chimie biologique	NEUZIL
Puériculture	VERGER	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER VILLAR
Législation pharmaceutique.	POPLAWSKI COUSTOU	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Anatomie	RIGAUD	Hydrologie pharmaceutique.	CAZAUX
Chimie minérale	BABIN	Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Cryptogamie	LAUBIE		
Pharmacie galénique	MESNARD		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA TANTE

A MA FEMME

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE L'HOPITAL MARITIME
DE ROCHEFORT

A Monsieur le Médecin-Général GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,

Commandeur de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Médaille de la Résistance.

A Monsieur le Médecin en Chef de 1re classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,

Médecin des hôpitaux de la Marine

Officier de la Légion d'honneur,

Officier d'Académie,

Médaille d'argent de l'Education physique.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé LENG-LÉVY

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Ordre de la Libération,
King's medal for courage in the cause of Freedom.

Monsieur le Professeur Agrégé J. J. DUBARRY

Membre de la Société de gastro-entérologie,
Médecin des Hôpitaux,
Officier d'Académie.

Monsieur le Professeur M. CREYX

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BONNIN

Professeur de Médecine Tropicale

et clinique des maladies exotiques,

Médecin des hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

Votre enseignement vivant et riche nous a inspiré le sujet de notre travail.

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'elle soit le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

REMERCIEMENTS

Avant d'aborder notre sujet, nous voudrions dire notre reconnaissance, pour le concours qu'ils nous ont prêté, à :

M. le Docteur Boussereau, Directeur de l'Inspection médicale scolaire de la Charente-Maritime ;

M. le Docteur Moretti, Médecin Principal de la Marine ;

M. le Docteur Durieux, Médecin Principal de la Marine ;

M. le Docteur Mathé, Médecin Chef des Services médicaux à l'Hôpital maritime de Rochefort ;

M. le Docteur Saout, Médecin Chef du laboratoire de l'Hôpital maritime de Rochefort ;

M. le Docteur Vialard, Médecin à l'Hôpital Saint-Charles de Rochefort ;

M. le Docteur Misson, Médecin-Lieutenant à la base aérienne de Rochefort ;

M. le Docteur Martz ;

M. le Docteur de Gouyon ;

M. Dodivers, Officier d'administration à l'Hôpital maritime de Rochefort ;

MM. les Docteurs Angibeau, Barthe, Bertin, Breuil, Chauvin, de Fleurian, Descubes, Gaudin, Habra, Houradou, Moreau, Pelletier, Pichot, Rivière, Sauzeau.

INTRODUCTION

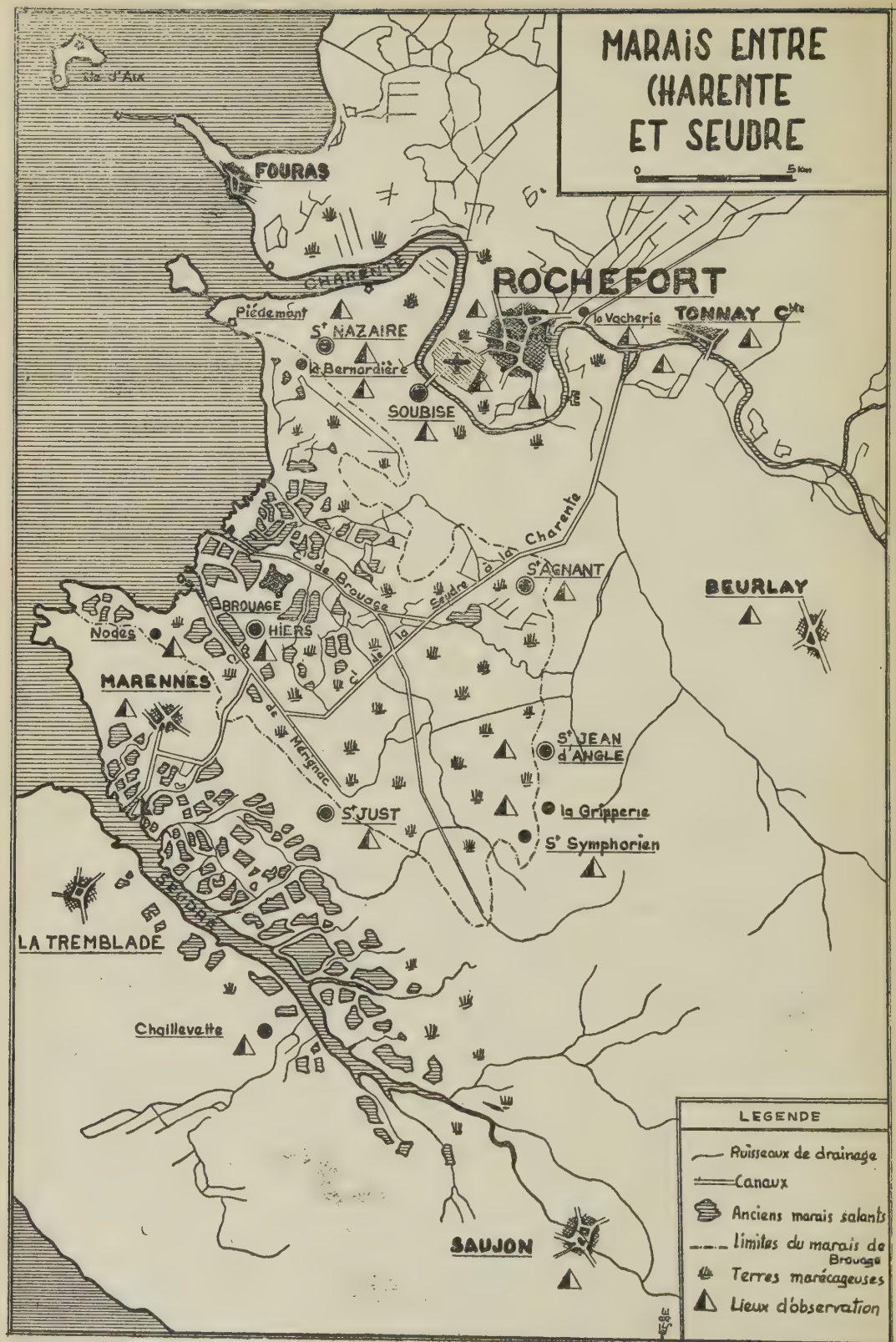
Un praticien charentais que nous interrogions sur le paludisme autochtone nous fit à peu près cette réponse : « Oh ! vous savez, je ne vois plus de cachexie palustre ! »... Cette boutade — sans doute — nous incita, lors d'un récent séjour à Rochefort, à essayer de faire le point sur l'état actuel de cette question.

Il est bien certain que la fin du siècle dernier a vu disparaître toute manifestation spectaculaire du paludisme. La « fièvre des marais », après avoir ébranlé la santé de tant d'individus et provoqué de si nombreuses entreprises pour la combattre, n'a plus fait, depuis, beaucoup parler d'elle.

Avant d'analyser brièvement certains travaux qu'elle suscita, malgré tout, au XX^{e} siècle, nous retracerons donc les grands faits de son histoire et citerons les hommes qui marquèrent son passé.

Quelques anecdotes nous conduiront alors à l'époque actuelle pour laquelle nous envisagerons, en deux chapitres distincts, la physionomie clinique et l'aspect épidémiologique du paludisme autochtone en Charente-Maritime.

Nous essaierons, enfin, sous forme de conclusion, de dégager les principaux points de cette étude.


MARAIS ENTRE CHARENTE ET SEUDRE
0
5 km
Ile d'Aix
FOURAS
CHARENTE
ROCHEFORT
Piédemont
St NAZAIRE
la Bernardière
SOUBISE
la Vacherie
TONNAY Ch.te
la Charente
de Brouage
la Seudre
St AGNANT
BEURLAY
BROUAGE
HIERS
Nodes
MARENNES
de Marennes
St JUST
St JEAN d'ANGLE
la Gripperie
St Symphorien
LA TREMBLADE
Chaillevette
SAUJON
LEGENDE
Ruisseaux de drainage
Canaux
Anciens marais salants
Limites du marais de Brouage
Terres marécageuses
Lieux d'observation

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

I. — Les origines

Dans ce « pays des îles », terre basse et marécageuse du golfe de Saintonge, la décadence de Brouage et la naissance de Rochefort allaient, à l'origine, être les deux facteurs essentiels dans l'histoire de ce paludisme.

« Port très célèbre dans toute l'Europe dont l'accès est aussi facile que sûr et où viennent aborder les vaisseaux d'Allemagne, de Flandre et d'Angleterre... » voilà Brouage au XVI[e] siècle, d'après Alain, érudit de la Renaissance.

Le sel est sa grande richesse, les étrangers l'apprécient fort et François I[er] s'est engagé à en livrer pour dix mille écus au roi d'Angleterre.

Les droits moins lourds sur le sel breton et la concurrence étrangère vont, hélas ! amorcer le déclin de la ville. Les hommes la quittent, les salines sont abandonnées, la végétation et la vase envahissent la région et l'on commence, vers la fin du siècle, à y « grelotter de fièvre ».

Le « havre » lui-même, exhaussé, rétréci, n'est plus hospitalier ; la guerre commande et l'ouverture d'un autre refuge devient vite une nécessité. Plusieurs points sont envisagés : La Tremblade sur la Seudre, puis Soubise et Tonnay-Charente.

C'est en 1665 qu'une bourgade de pêcheurs sise entre ces

deux lieux est finalement choisie sur les berges limoneuses de la Charente. Colbert du Terron est intendant général de la province d'Aunis, et, sur les plans de M. de Clerville, l'ingénieur Blondel dirige les travaux. L'année suivante, alors qu'un premier hôpital maritime s'installe à Tonnay-Charente, Rochefort se développe dans un grand remuement de vase et d'eau saumâtre. Erigée en bourg fermé en 1669, la ville, trois ans plus tard, compte déjà vingt mille habitants. Marins et soldats, immigrés et aventuriers s'entassent sur la terre battue dans de misérables cabanes ; l'air et la lumière y entrent à peine et les rues qui les bordent sont de boue puante. Décimés par les fièvres intermittentes qui commencent à ravager la région, ces gens n'ont pour boisson que l'eau calcaire et salée de la Charente, amenée par gabarres de St-Savinien, en amont. Erigé dans la ville même et quoique inachevé, un hôpital maritime ouvre en 1685. C'est Bégon, intendant de la généralité de La Rochelle, qui, littéralement effrayé par le déplorable état sanitaire de Rochefort, va, le premier, prendre en 1689 une série de mesures : deux étages imposés au centre de la ville, début de nivellement et de pavage des rues. Notons à cette époque et dans le même esprit, la construction, porte de Martrou, d'une caserne destinée à mettre fin au logement des militaires par l'habitant. Vite insuffisante et rapidement surpeuplée, elle est malheureusemnt la source, en 1694, d'une épidémie de « fièvres pourprées et pestilentielles » qui oblige à disséminer les soldats aux alentours. Certains environs immédiats de Rochefort semblent, en effet, être restés salubres. Bégon en 1698 nous explique que « l'air et les eaux de Soubise sont en réputation d'être salutaires... plusieurs de ceux qui tombent malades à Rochefort s'y font porter et s'en trouvent bien ».

II. — Le XVIII[e] siècle

L'activité du corps médical ne semble pas jusqu'alors bien appréciable. Les chirurgiens désireux de servir dans la marine et que Foudalou, premier médecin et chirurgien du port, interroge, font preuve de capacités très réduites. Or, la situation sanitaire de la ville ne cesse d'empirer.

Le marquis de Villette, lieutenant général des armées navales, et Bégon décident, en 1704, de faire appel à un praticien de renom. Jean Cochon-Dupuy, médecin des hôpitaux de La Rochelle, est choisi et se met aussitôt à la tâche. Evacuation des eaux polluées, enlèvement des ordures ménagères, plantation de nombreux ormeaux sont ses principales réalisations. Il demande, en 1715, dans un mémoire adressé au Conseil de la Marine, la création à Rochefort d'une école de médecine navale. Il devait l'inaugurer sept années plus tard.

Malgré toutes ces mesures et la fondation, en 1731, du premier établissement hospitalier civil, trois grosses épidémies de fièvre intermittente atteignent la population en 1746, 1743 et 1748. A la tête d'une commission médicale, Cochon-Dupuy, qui s'est adjoint son fils Gaspard, continue la lutte contre les eaux stagnantes.

Il faut attendre 1750 pour que l'ingénieur Taccardi, captant trois sources près de Tonnay-Charente, assure à chaque habitant deux litres d'eau par jour !

L'année suivante voit l'agrandissement de l'hospice civil et sa prise en charge à titre gracieux par les chirurgiens de la marine.

C'est en 1757 que meurt Cochon-Dupuy et que son fils Gaspard lui succède, aidé dans sa tâche par le médecin de marine Dulaurens qui devait être plus tard maire de Rochefort et dont, en 1762, un projet d'assèchement des marais est repoussé. Douze ans s'écoulent avant que l'urgence de cette mesure apparaisse au comte de Broglie alors en inspection. Victime de la fièvre intermittente qu'il avait voulu combattre,

ce dernier devait mourir en 1781. Le ministre de la Marine, saisi de son rapport, envoie à Rochefort l'ingénieur Guizou qui reconnaît, en compagnie de Toufaire, ingénieur en chef, la possibilité d'assécher les marais de Brouage et du Nord-Est. D'après ses plans et dès l'année suivante, des milliers de soldats et de pionniers, sous la direction de Reverseaux, creusent les canaux de Mérignac, de Broue et de Saint-Agnant. Le résultat ne se fait pas attendre et pour la première fois, en 1795, le nombre des naissances est supérieur à celui des décès.

Dans son ouvrage sur « Les maladies les plus familières à Rochefort », le médecin de marine Lucadou, en 1787, traite des « fièvres des marais » et propose la classification suivante :

— Fièvre printanière simple à accès quotidiens disparaissant d'elle-même au bout de quelques jours.

— Fièvre intermittente tierce, estivale, plus accentuée, avec puissants frissons, sueurs abondantes, émission en fin d'accès d'urines colorées à sédiment « brique ».

Il note d'ailleurs que la fièvre tierce est la seule qu'il ait vu devenir maligne.

— Fièvre intermittente quarte, automnale, rebelle, atteignant volontiers les sujets déprimés.

Les marais, bien sûr, en sont à l'origine et « le moment où l'endémie est le plus sensible est celui où les marais sont à demi desséchés ; à cette époque, les exhalaisons sont d'autant plus pernicieuses que les plantes qui dans le printemps étaient sous l'eau restent à découvert et se putréfient ». Leurs miasmes inhalés et surtout déglutis ont une action irritante sur la muqueuse gastrique — cause de vomissements — et par l'intermédiaire du pneumogastrique excitent le bulbe — d'où accès de fièvre.

Le quinquina, qu'il utilise depuis de longues années déjà, lui semble le remède spécifique de ces affections.

En 1788, Gaspard Cochon-Dupuy meurt et l'hôpital maritime actuel, construit d'après les plans de Toufaire, est ouvert. L'année suivante, la Révolution guillotine Reverseaux ;

les travaux d'assèchement sont abandonnés et ce qui a été fait restera plus de dix ans sans entretien.

III. — Le XIXe siècle

Le sous-préfet de Marennes, Charles le Terme, nous décrit ainsi au début du XIXe siècle la région de Brouage :

« Le quart de cette superficie produit des fourrages précieux pour les pays voisins et commence même à être ensemencé en grains avec le plus grand succès, mais tout le reste comprend les vastes et innombrables excavations des canaux et des champs de marais plus ou moins couverts d'eaux marécageuses ou s'amoncellent avec une égale rapidité la vase, les roseaux et les poissons. Echauffés par les ardeurs de l'été, ces divers objets exhalent au loin tous les miasmes de la plus horrible putréfaction. Des nuées de moustiques et d'insectes remplissent cet air méphitique. Point d'arbres pour purifier tant de gaz délétères et servir d'abri par un soleil brûlant, point de route certaine pour sortir de cet inextricable labyrinthe. Plus ou moins communs aussi aux abords du marais, les mêmes symptômes attestent encore au delà la même influence. Chaque année les fièvres lentes et endémiques minent et déciment à plusieurs lieues de distance la population des communes environnantes... »

Le Terme pense, quant à lui, que point n'est besoin d'énormes dépenses et que le fait de récurer les canaux de cette région en légère pente vers la mer, constitue l'élément essentiel d'assainissement. Il invite donc la population à se grouper en sociétés syndicales pour une telle entreprise et des primes sont offertes pour la terre récupérée.

Cet effort n'est pas isolé. A Rochefort, en 1802, Jacques Thomas Cochon-Duvivier, médecin en chef de la Marine, vient d'obtenir une forte somme du Premier Consul et, nouveau venu en 1805, l'ingénieur des Ponts et chaussées Masquelez va durant quarante ans lutter contre l'eau. Il fera construire des

digues munies de vannes sur les bords de la Charente, recreuser le canal de Brouage, prolonger celui de Pont-l'Abbé, dessécher les marais de la rive droite. Au nom de tous ses habitants, la ville de Rochefort, en témoignage de reconnaissance, devait lui offrir une épée enrichie de diamants.

En 1828 cependant le chirurgien de troisième classe de la Marine Thévenot, dans sa thèse « Esquisse médicale sur la ville de Rochefort », laisse à penser que tout n'est pas encore au mieux dans la région. Il nous en fait cette pittoresque description :

« Les hommes y sont rares car la nature y est funeste. Brouage, seul, paraît au loin sur les bords d'un canal comblé par les vases. Il s'élève dans cette solitude comme pour accuser l'abandon des hommes et montrer ses fortes murailles veuves depuis longtemps d'un peuple moissonné par les maladies. »

C'est également dans ces marais, dans leurs effluves, qu'il voit la raison des fièvres intermittentes. Il note à ce propos que pour empêcher le mauvais air, le peuple ouvrier de Rochefort prend le matin une liqueur alcoolisée et les plus éclairés — à les en croire — un verre d'absinthe ! Il montre que le nombre des malades soignés pour cette affection à l'hôpital maritime est sensiblement proportionnel à la chaleur. Il met sur le compte de cette dernière les phénomènes pernicieux qu'il a pu constater, soit un état d'excitation avec délire et « injection » des parties supérieures du corps, soit au contraire un état de collapsus avec stupeur, pâleur de la face et des extrémités. Il signale la présence habituelle d'une grosse rate, émet l'hypothèse pathogénique d'une « névrose » dont le siège est le nerf vague et considère le sulfate de quinine comme la médication spécifique.

— Maher en 1837 confirmera ce point de vue dans une thèse.

— Après avoir contribué à assainir la région, Savigny meurt en 1843 à Soubise dont il était devenu maire.

— En 1847, Bouyer, ancien officier du Service de Santé de la Marine et médecin à Marennes, publie un mémoire sur les fièvres intermittentes. Ce mémoire avait été adressé l'année précédente à la Société de Médecine de Lyon en réponse à la question posée suivante : « Des fièvres intermittentes symptomatiques. Diagnostic différentiel et traitement. »

« Mon but — nous dit Bouyer — a été de démontrer que les fièvres intermittentes légitimes, essentielles, provenant de l'intoxication paludéenne, ne peuvent en aucun cas être regardées comme symptôme d'une altération pathologique autre que les modifications encore inconnues du sang et du système nerveux provoquées par les miasmes des marais. »

Il obtient une mention honorable, mais son travail est considéré comme une hérésie médicale...

— Les statistiques de Maher montrent qu'en 1859 la mortalité de Rochefort est inférieure à celle des autres ports de guerre. En quatorze années, de 1854 à 1867, 19.877 cas de fièvres intermittentes ont été soignés à l'hôpital maritime. 22 décès seulement ont été enregistrés. La situation s'améliore donc et, nouveau progrès, l'architecte Bourgeat, en 1867, réussit en utilisant les sources des coteaux voisins de Tonnay-Charente et par l'intermédiaire d'un long aqueduc, à fournir 66 litres d'eau par jour et par habitant. Notons à ce propos la réalisation dans l'enceinte même de l'hôpital maritime d'un puits artésien qui fait jaillir de 816 mètres une eau chaude sulfatée sodique ferrugineuse ; elle sera du meilleur effet sur les convalescents.

— Le 25 août 1882 à La Rochelle, lors de la séance du congrès de l'Association française pour le développement des sciences, le docteur Bourru, professeur d'hygiène à l'Ecole de Rochefort, se permettait de dire : « Si la réputation de Rochefort à cette heure est encore mauvaise, c'est une vieillerie qui n'est plus de mise ! »

Entre 1882 et 1888 le médecin principal Dupont signale malgré tout dans ses statistiques un certain réveil du paludisme

(2.331 cas — aucun décès) dû, semble-t-il, aux travaux entrepris alors pour la construction du grand bassin à flot du port de commerce.

Avec ce siècle, disparaissent les derniers documents d'ensemble et il semble bien également que le paludisme n'est plus qu'un mauvais souvenir.

IV — Le XX^{e} siècle

Les vieux praticiens régionaux ont noté qu'en ce début du XX^{e} siècle, ils étaient surpris, dans les bourgades bordant les marais, de l'allure maladive, du teint terreux, de la maigreur des habitants. L'on pouvait voir dans chaque ferme, à cette époque, le bocal de quinine à la place d'honneur... Un médecin de ce temps avait même composé avec son frère, pharmacien de la marine et docteur en médecine, le « Vin du docteur Gilbert » à base de quinine et d'arsenic qui, disait-il, lui rendait grand service. Cet ancêtre d'une de nos spécialités avait fort bon goût du reste et la formule en est conservée par les descendants pharmaciens établis dans la région.

— Ayant servi à Rochefort en 1914, le Professeur Le Dantec signale dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux les nombreux gîtes à larves constitués par les puits et les réservoirs d'eau. Seules, cependant, les douves de l'hôpital maritime recèlent des larves d'anophèles. Ces douves sont alimentées, en effet, par la Charente, donc en eau saumâtre et la connaissance du *maculipennis atroparvus* permet par la suite de comprendre ce détail.

— En 1917, le laboratoire de l'hôpital enregistre deux cas de paludisme autochtone à *Plasmodium vivax*.

— Pascal, dans sa thèse en 1919, en rapporte deux observations également à *vivax*.

— Un praticien rochefortais qui, après la « grande guerre », participa à de nombreux conseils de révision, nous confiait récemment combien il avait été frappé par la fréquence des

grosses rates principalement dans le canton de Saint-Agnant.

Dans ces années, d'ailleurs, quelques cas de paludisme autochtone sont signalés de temps à autre, toujours à *Plasmodium vivax*.

Entre 1925 et 1928, plusieurs cas annuels au centre d'aérostation de la Marine entraînent, sous la direction du Médecin principal Breuil, un certain nombre de mesures prophylactiques (pétrolage, cadres grillagés, etc...)

Le paludisme a donc à peu près disparu, mais le souvenir des « fièvres de Rochefort » est encore si vivant dans les esprits que le médecin de première classe Paponnet, lors du cours d'ouverture de l'Ecole annexe de Médecine et de Pharmacie navales, en 1929, explique aux nouveaux élèves pourquoi le paludisme a valu et vaut encore — à tort — à Rochefort sa détestable réputation. Le docteur Paponnet affectionnera beaucoup ce sujet et, durant sa longue carrière dans cette ville, ne manquera pas d'entreprendre, à l'intérieur même de l'hôpital maritime, une lutte énergique contre moustiques et larves d'anophèles.

C'est peu après que fut appelé dans l'île d'Oleron notre maître, le Professeur Bonnin. Au sud de Saint-Trojan, l'aérium de la ville de Paris, construit sur l'emplacement d'un ancien centre d'aérostation pour les dirigeables américains de la guerre 1914-1918, recevait chaque année plusieurs milliers d'enfants. Depuis quelque temps déjà certains d'entre eux faisaient, à Paris, durant l'hiver, des accès de paludisme. Le médecin de l'aérium avait pris toutes les mesures classiques et l'on ne voyait vraiment pas — mis à part l'abreuvoir du cheval... — quels pouvaient être les gîtes à larves de ces innombrables moustiques envahissant l'aérium. Le Professeur Bonnin et son préparateur cherchaient en vain depuis quarante-huit heures lorsque, d'une légère hauteur, ils aperçurent, entre l'aérium et la mer, une assez vaste étendue de terrains plus ou moins inondés qui entouraient une ferme. Parallèlement à la mer, au sud de la pointe de Menson, existait une digue, la

digue Pacaud — construite au XVIII[e] siècle et munie de vannes. Suivant le système des polders, les paysans, ouvrant ces vannes à marée descendante, avaient réussi à gagner une certaine surface cultivable. Il advint que plusieurs années avant cette enquête, un avocat parisien, s'étant rendu acquéreur de la ferme, résolut, par un système inverse — fermeture à marée descendante — de constituer des bassins pour l'élevage des poissons. L'eau s'infiltra rapidement dans une multitude de canaux, envahit bientôt ce qui avait été des prairies ; l'avocat mourut... emporté probablement par les « fièvres » ! Son fils, transporté d'urgence par avion à l'hôpital de Rochefort dans un état typhique, fut trouvé porteur de *vivax* et guérit. D'innombrables larves furent effectivement trouvées sur les lieux et les clapiers de la ferme renfermaient des anophèles en quantité. Quant à l'origine du virus, la proximité continentale d'un foyer d'endémie, la présence dans l'île même d'estivants coloniaux et d'ouvriers sardes fournirent plusieurs explications.

— A cette date, d'ailleurs, le docteur Vialard, ancien médecin de la Marine, établi à Rochefort, signale quelques cas à *vivax* dans sa clientèle.

En juin 1933, le médecin en chef de deuxième classe Rouché, à la demande du chef du service de Santé de l'arrondissement, entreprend la lutte contre les moustiques qui infestent de plus en plus le centre d'aviation de Rochefort. Des culex principalement, mais aussi en certains points un fort pourcentage d'anophèles sont dénombrés. Deux cas de paludisme autochtone à *vivax* sont observés au centre en 1934 et le docteur Rouché entreprend le comblement des fossés, le débroussaillement des canaux, la pose de grillages sur les trous d'aération des citernes, le pétrolage des eaux stagnantes. Au mois de juillet 1934, il fait prendre livraison, par avion, à Montpellier, de deux cents *Gambusia holbrooki* mis à sa disposition par les professeurs Lisbonne et Carrier. Dans la revue de médecine navale où il narre cette entreprise, le docteur Rouché conclut ainsi :

« Nous venons de mettre des gambusies dans un certain nombre de cours d'eau du centre. Il y a ainsi tout lieu d'espérer que les gambusies se développeront dans nos fossés et iront peupler progressivement les eaux de la région environnante. »

Signalons tout de suite que l'expérience réussit pleinement puisqu'on peut, aujourd'hui, et en des points fort éloignés, les trouver en quantité.

En 1935, François, interne à l'hôpital civil, présente sa thèse à Paris sur « Le Paludisme autochtone à Rochefort-sur-Mer ». Dans ce travail, inspiré par le docteur Paponnet, il présente sept observations à *Plasmodium vivax* et insiste sur la plus grande fréquence des formes larvées, avec lame de sang négative principalement chez les enfants.

Nous n'avons pas retrouvé après cette date d'autres publications sur le paludisme autochtone et c'est par une anecdote bien caractéristique que nous voudrions clore cet historique. Elle remonte à 1936 et c'est un praticien de Pont-l'Abbé qui a bien voulu nous la conter :

« J'avais été appelé à Hiers-Brouage dans la propriété d'une dame D... Spectacle extraordinaire, murs et plafonds étaient noirs de moustiques. Comme je manifestais mon étonnement, la dame m'expliqua qu'elle avait l'habitude, pour s'en débarrasser, de faire brûler chaque soir du foin humide sous les fenêtres... Je dus, cependant, pour entreprendre ma consultation, me faire environner d'un nuage de fly-tox ! »

Le hasard a voulu que M^me^ D..., indemne jusqu'alors de tout paludisme, figurât dans nos observations à l'âge de 68 ans et à la date de l'année dernière.

CHAPITRE II

CLINIQUE

I. — Avant-propos

Dans le choix de nos documents, un premier obstacle — les saisons — se présentait à nous. Nous aurions aimé, en effet, pouvoir présenter un grand nombre d'observations de l'année écoulée et dresser ainsi un instantané aussi exact que possible de la géographie du paludisme pour le moment actuel. Notre séjour à Rochefort se situant de novembre à avril, une telle période n'était pas propice à de semblables constatations. C'est donc essentiellement un travail de recherche que nous avons entrepris et fait porter sur les quinze dernières années.

Pour la sélection de ces observations, deux principes essentiels ont été notre guide :

— Présence de *Plasmodium* dans les frottis de sang du malade.

— Absence de séjour en pays classiquement impaludé dans les cinq années précédant les manifestations enregistrées.

Il ne nous fut pas toujours possible d'établir avec certitude cette dernière précision et, de ce fait, plusieurs observations durent être écartées.

Quant aux examens parasitologiques, sur la quantité de cas dont nous eûmes connaissance, nous nous sommes vite rendu compte de leur petit nombre !

Cette clientèle, principalement rurale, ne conçoit pas très bien, en effet, comme nous l'expliquait un praticien, la nécessité d'une telle pratique pour se voir gratifier d'un tube de quinine et l'on peut voir certains malades, ayant fait eux-mêmes leur diagnostic, venir chez leur médecin lui en demander quelques comprimés.

Il est bien évident, par ailleurs, qu'une fièvre tierce cédant à cette médication ne préoccupe guère le médecin traitant quant à son origine. Le docteur Verliac, ancien médecin de la Marine, établi aujourd'hui à Brouage, se plait à reconnaître le paludisme par le signe de « la troisième couverture ». C'est à Dakar — dit-il — qu'il a remarqué, parmi les grandes pyrexies, certains militaires trouvant insuffisantes leurs deux couvertures réglementaires et s'en appropriant d'autorité une troisième : les paludéens !

Nous n'avons donc pu retenir que trente-quatre observations indiscutables. Elles nous ont été fournies soit par des médecins traitants assez rigoureux pour recourir à la précision du laboratoire, soit par des services hospitaliers sur lesquels ces malades, avec un diagnostic erroné le plus souvent, avaient été dirigés.

Bien que disparates dans leur teneur et plus ou moins complètes dans leur partie clinique, vu la diversité de leurs origines, ces observations répondent toutes au double critère que nous nous étions proposé.

II. — Observations

Observation I

Mme P., 40 ans, domestique de ferme à Saint-Jean-d'Angle. Aucun séjour colonial. Fait appeler son médecin traitant au début de septembre 1938. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Or, depuis plusieurs jours, cette malade est fiévreuse et fatiguée et son médecin peut observer un accès typique avec frissons, température très élevée et sueurs profuses. A l'examen, la rate est percutable et palpable.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation II

Le même médecin est rappelé par Mme P. huit jours plus tard. Le jeune P., 8 ans, son fils, présente des céphalées extrêmement vives, accompagnées de délire, au cours de violents accès de fièvre. La numération globulaire révèle une anémie très importante. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

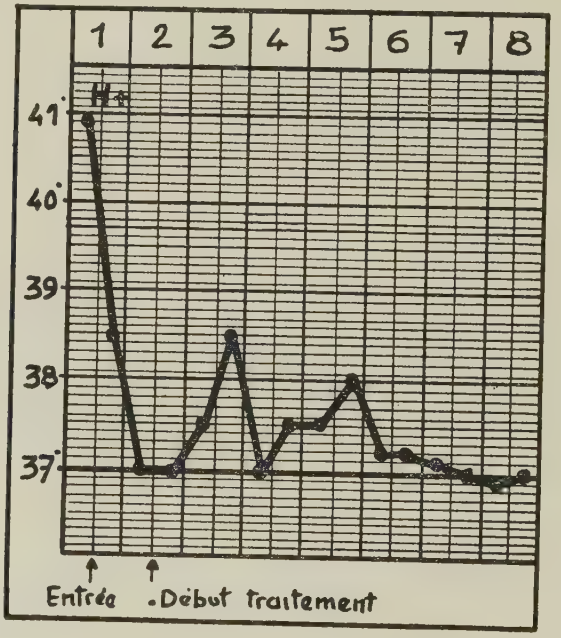
Observation III

Enfant R., 12 ans, domicilié à Hiers-Brouage. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant au mois d'octobre 1938 pour température à 40°, céphalées intenses avec frissons. L'examen fait craindre une méningite et le diagnostic est hésitant, mais une lame de sang est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation IV

Enfant B., 9 ans, de l'orphelinat de la Marine à Rochefort, en colonie de vacances au fort de Piédemont. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre.

Cette fillette est adressée d'urgence à l'hôpital St-Charles de Rochefort, le 9 septembre 1940 pour température élevée avec abdomen très douloureux. Elle est examinée par le médecin-chef du service de chirurgie. Température à 40°8. Etat général très atteint. Douleurs abdominales violentes — avec diarrhée — l'abdomen est tendu, ballonné, vulvite ; le diagnostic de péritonite à pneumocoques est envisagé mais la numération globulaire révèle une leucopénie et une lame de sang est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

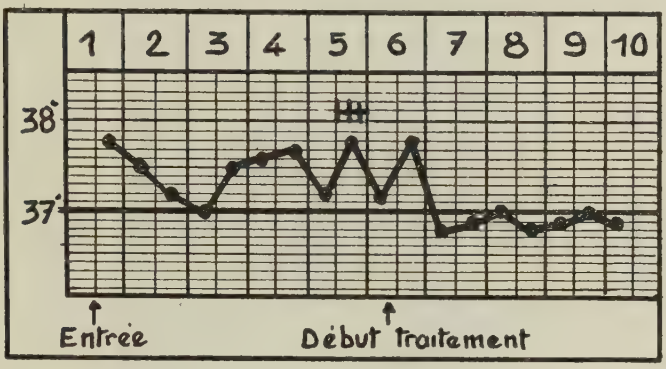


Observation V

Mme C., 45 ans, domiciliée à Marennes-la-Cayenne. Aucun séjour colonial. N'a pas jusqu'alors présenté de manifestation palustre. Son médecin traitant l'adresse, en novembre 1941, à l'hôpital Saint-Charles de Rochefort pour « état fébrile indéterminé ». La température est à 37°8 mais l'examen clinique est négatif. L'interrogatoire révèle que cet état subfébrile persiste depuis une quinzaine de

jours et que la malade ressent de temps à autre quelques frissons et quelques sueurs.

Les urines sont normales, l'hémoculture reste négative, mais une lame de sang est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.



Observation VI

M. P., 30 ans, domicilié à St-Froult. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Son médecin traitant le voit le 10 août 1942 et l'adresse à l'hôpital St-Charles de Rochefort pour « paludisme probable ».

A fait la veille un accès de fièvre à 40° avec frissons, sueurs, céphalées, nausées.

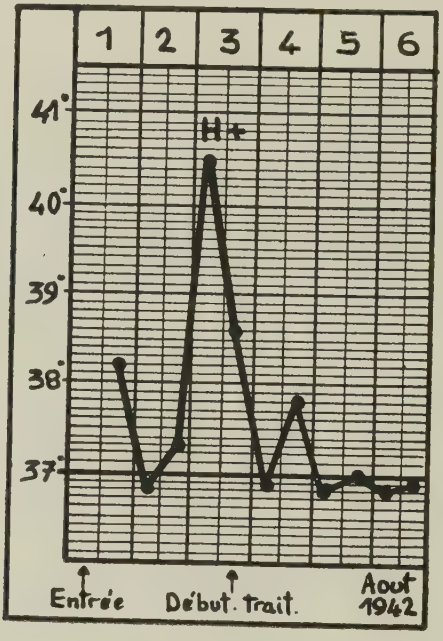
A son entrée, température : 38°2, rate percutable.

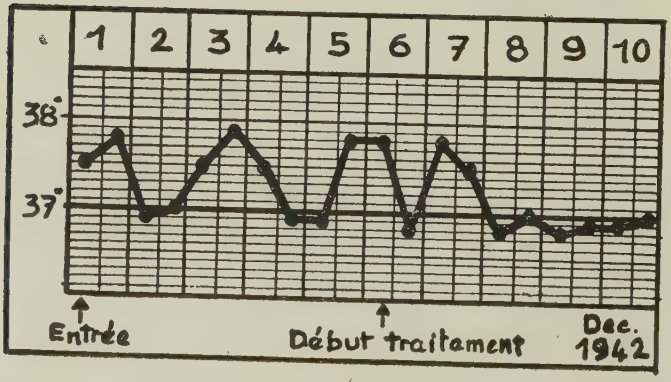
Le lendemain aucune manifestation ; le surlendemain, par contre, accès typique avec état saburral des voies digestives et gonalgies. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

L'interrogatoire retrouve cependant dans les antécédents du malade un état fébrile datant de quelques mois et intitulé état « grippal ».

Ce malade est adressé à nouveau à l'hôpital St-Charles au mois de décembre 1942 pour un état subfébrile. Bien qu'une lame

de sang reste négative, le traitement antipalustre institué fait disparaître ce phénomène.



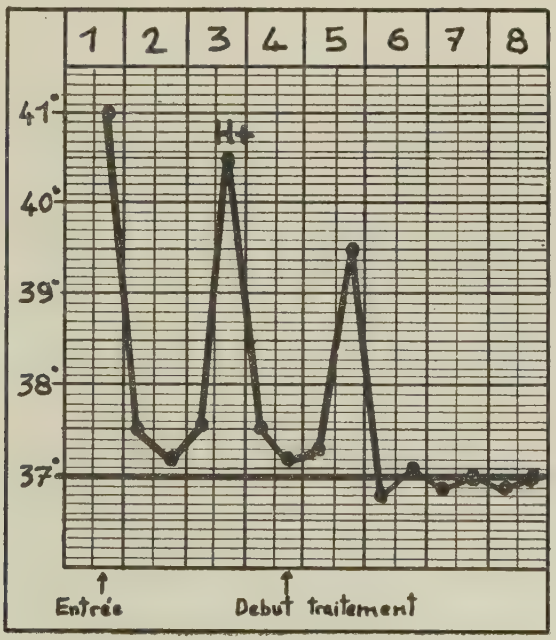


Observation VII

Enfant P., 11 ans, domicilié à St-Nazaire-la-Bernardière. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Adressé le 15 août 1942 à l'hôpital St-Charles de Rochefort par son médecin traitant pour « température élevée avec vomissements ». La maladie semble avoir commencé il y a quarante-huit heures par un état fébrile continu avec état saburral des voies digestives et courbatures. L'élévation soudaine de la température à 41° avec vomissements conduit l'enfant à l'hôpital. A son entrée, l'enfant, très fébrile, est abattu, se plaint de la tête et de l'abdomen ; ce dernier est souple, la fosse iliaque droite gargouillante, la rate est percutable, mais il n'y a ni taches lenticulaires, ni diarrhée, et le pouls est parallèle à la température. (Hémoculture TABC négative). Le lendemain, chute de la température.

Le surlendemain, accès palustre typique, une lame de sang est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

(L'interrogatoire révèle que toute la famille était impaludée.)



Observation VIII

M. S., 70 ans, boulanger à St-Jean-d'Angle. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant au mois de juin 1943. Température élevée avec grands frissons et sueurs, céphalée, état saburral des voies digestives. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation IX

M. M., 32 ans, chauffeur de camion, domicilié à Beurlay. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant en août 1944. Début extrêmement brutal. Température à 41° avec vomissements et douleurs abdominales intenses. La paroi de l'abdomen se défend, on arrive cependant à apprécier une splénomégalie très importante.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation X

Enfant D., 14 ans, domicilié à St-Just. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre.

Vu par son médecin traitant au mois de juillet 1944. Présente depuis quelques jours de violentes céphalées intermittentes avec température au-dessus de 40°.

Adressé à l'hôpital St-Charles de Rochefort, le malade fait deux accès fébriles et une lame de sang est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation XI

M. S., 20 ans, garçon de ferme à Tonnay-Charente. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Adressé par son médecin traitant à l'hôpital St-Charles de Rochefort le 10 juin 1944 pour « courbatures fé-

briles ». Ce malade présente à l'hôpital deux accès typiques de fièvre tierce avec état saburral des voies digestives et splénomégalie.

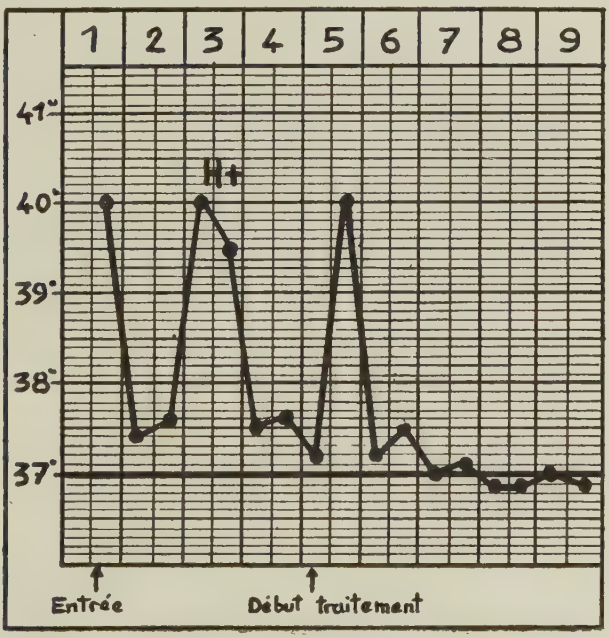
Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation XII

Mlle D., 18 ans, domiciliée rue Lefèvre, à Rochefort. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vue par son médecin traitant au mois de juillet 1945, elle est adressée à l'hôpital St-Charles sans diagnostic.

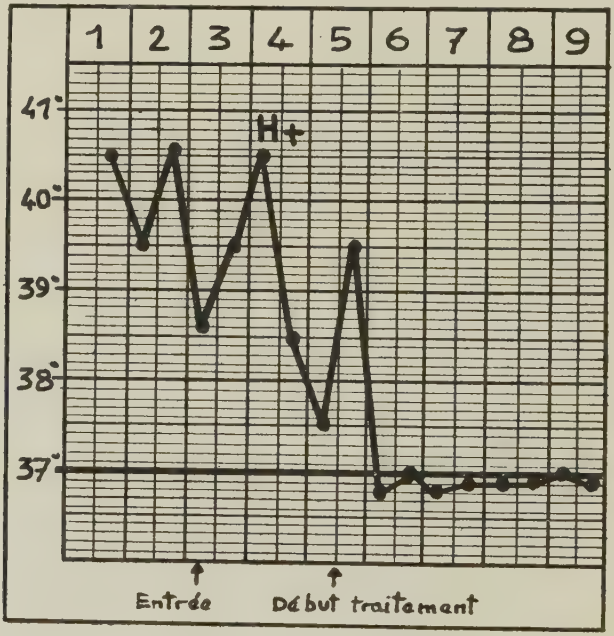
La température est à 40° et la malade présente des signes méningés nets. Tout semble cependant bientôt s'estomper et le lendemain, la malade est sensiblement normale. Puis elle présente deux accès typiques de fièvre tierce.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*. Cette personne nous a déclaré présenter chaque année depuis lors quelques accès fébriles.



Observation XIII

Enfant M., 12 ans, domicilié à La Vacherie. Aucun séjour colonial. N'a présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant, le 12 juillet 1945, et adressé à l'hôpital St-Charles de Rochefort pour « typhoïde probable ». Depuis deux jours, température élevée, céphalées, état saburral des voies digestives. A son entrée, température : 38°6, céphalée modérée, courbatures. Foie augmenté de volume et grosse rate douloureuse, le lendemain, la température est remontée à 40°5 avec frissons. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.



Observation XIV

M^me^ C., 42 ans, domiciliée à La Gripperie. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Au mois de septembre 1945 présente, durant trois semai-

nes, des accès fébriles intermittents pour lesquels deux médecins sont en vain consultés. Un troisième praticien note la présence d'une rate percutable et palpable et une lame de sang est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax.*

Observation XV

Soldat de 2e classe aviateur Eb., 18 ans, demeurant à la base aérienne de Rochefort. Adressé à l'hôpital maritime de Rochefort le 15 juillet 1946 par le médecin de la base pour « état fébrile à 41° et base pulmonaire gauche suspecte ». L'interrogatoire révèle que la maladie a commencé trois jours auparavant par une température élevée avec nausées, céphalées et asthénie profonde ; avec le second jour, nette régression de tous ces signes. Ce jeune soldat n'a aucun passé colonial et n'a présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. A son entrée, la température est subnormale, les conjonctives subictériques, la fosse iliaque droite gargouillante, la rate augmentée de volume. Le lendemain soir, brusques frissons avec température à 41° et diarrhée.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax.*

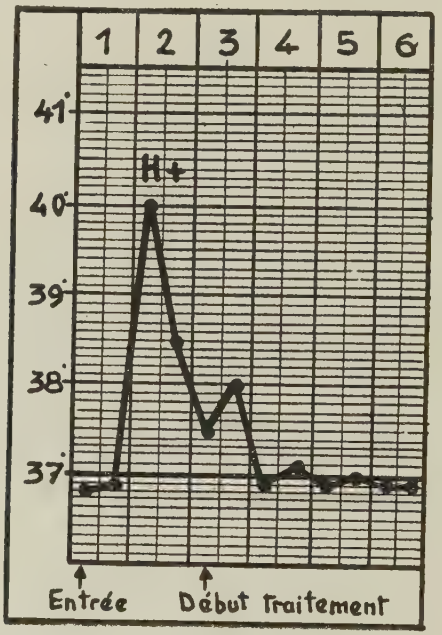
Observation XVI

Soldat de 2e classe aviateur Eu., 19 ans, base aérienne de Rochefort. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. En août 1946, mis en observation à l'infirmerie pour fébricule vespérale. Une lame de sang se révèle positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax.*

Observation XVII

Enfant C., 8 ans, domicilié route de Martrou. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant le 17 août 1946 et

adressé sans diagnostic à l'hôpital St-Charles de Rochefort où, à son entrée, la température est parfaitement normale et l'examen clinique pratiquement négatif. Le lendemain, la température s'élève à 40° et une lame de sang est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.



Observation XVIII

Enfant P., 4 ans, domiciliée à La Gripperie. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Cette enfant est depuis quinze jours fébrile et un médecin a été consulté en vain. Un second praticien la voit au début de septembre 1946, prostrée, délirante, avec une température aux environs de 40°. A l'examen, la rate se montre très hypertrophiée. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*,

Observation XIX

Le jeune B., 17 ans, domicilié à Rochefort, rue Thiers. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant, le 22 octobre 1947 et adressé d'urgence à l'hôpital St-Charles pour « crise épileptiforme ».

Fin août 1947, brusque perte de connaissance avec chute. A ses dires, le malade serait resté dans cet état quarante-huit heures, puis état fébrile durant trois semaines environ.

En septembre, à deux reprises, sans perte de connaissance, apparition dans le courant de l'après-midi d'un tremblement généralisé augmentant progressivement d'intensité avec sensation de froid intense. Température à 40° puis sueurs profuses. L'asthénie est telle après ces accès que le malade garde le lit deux jours.

En octobre, deux accès du même ordre.

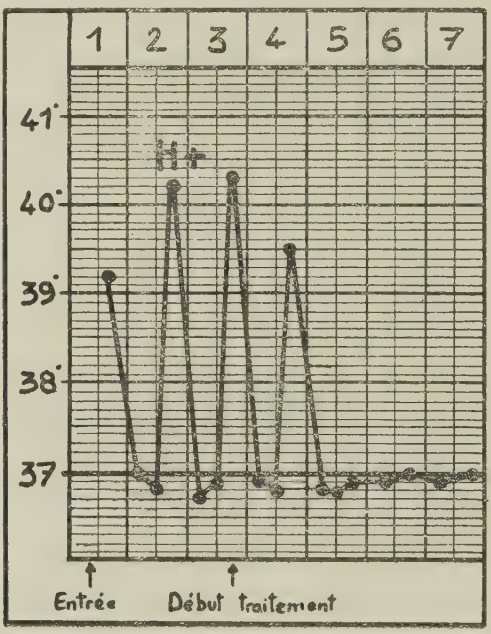
A son entrée, le malade est pâle, adynamique, couvert de sueurs, la température est à 40°, TA : 11-7. Etat saburral des voies digestives. Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, la rate est palpable et douloureuse. Il existe une hyporéflexie tendineuse généralisée.

Le lendemain, lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*. Le traitement antipalustre amène en quelques jours l'apyrexie. Puis, petit à petit, se crée un état subfébrile et le 19 novembre, perte de connaissance avec convulsions et amnésie au réveil. La rate est volumineuse et très douloureuse. Une thérapeutique sédative, jointe aux injections intra-veineuses de quinine, amène la guérison en une dizaine de jours.

Observation XX

Enfant D., 9 ans, domicilié à Tonnay-Charente. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Adressé par son médecin traitant à l'hôpital St-Charles de Rochefort, le 3 mai 1947 pour « appendicite ». Le malade a vomi dans les jours précédents. La température est à 39°2, la

palpation abdominale est difficile avec une fosse iliaque droite très douloureuse et défense de la paroi. Or, dans l'heure suivante, tous ces signes s'atténuent et le lendemain, la température est normale et l'examen clinique négatif. Puis, dans les jours suivants, accès fébriles quotidiens, accompagnés de frissons. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

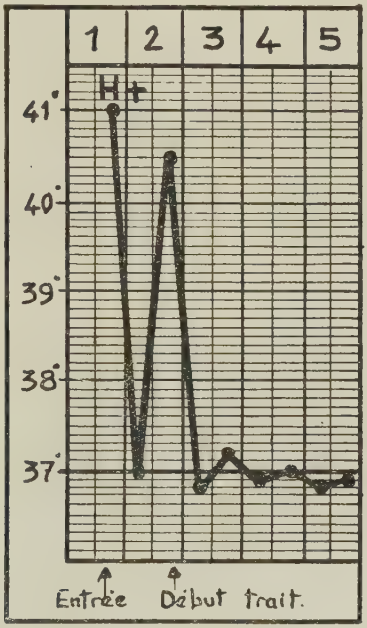


Observation XXI

M. B., 65 ans, domicilié à Rochefort, mais travaillant au cours de la journée dans le parc d'un château près de Soubise. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Consulte son médecin le 8 juillet 1947. Présente depuis la veille des troubles gastro-intestinaux avec gros frissons et température élevée. Hospitalisé à l'hôpital St-Charles de Rochefort où une lame de sang se montre positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*,

Observation XXII

Enfant B., 11 ans, domicilié à St-Symphorien. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Adressé par son médecin traitant à l'hôpital St-Charles de Rochefort, le 8 septembre 1947, pour « état infectieux ». Température à 41°, céphalées, état saburral des voies digestives. Rate percutable. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.



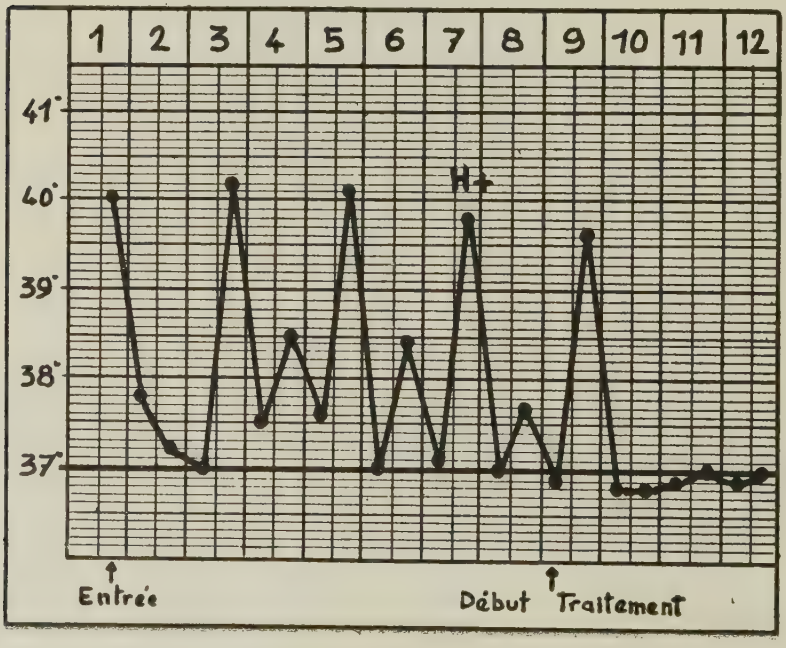
Observation XXIII

M. G., 42 ans, domicilié aux Roches, commune de Chaillevette. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant au mois d'août 1948. Hyperthermie supérieure à 40° qui semble se maintenir durant trois jours. Puis, sédation et reprise des phénomènes. Adressé alors à l'hôpital de Saintes où une lame de sang se révèle positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation XXIV

M. G., 18 ans, domicilié à Saujon. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par deux médecins au mois de juillet 1949. Température à 41°, facies vultueux, photophobie, raideur méningée. Devant l'incertitude du diagnostic, le malade est adressé à l'hôpital de Saintes.

A son arrivée, les signes méningés nets imposent la P. L. : liquide normal. Le lendemain, le malade n'est que subfébrile et ses urines se montrent normales. Le troisième jour, la température est à nouveau à 40° et une seconde P. L. est pratiquée : liquide normal. Le quatrième jour, la température est aux alentours de 38°, le malade stuporeux avec une rate percutable. Hémoculture TABC (négative). Examen cyto-bactériologique des urines : négatif. A deux jours d'intervalle, deux autres clochers de température à 40° avec quelques frissons. Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

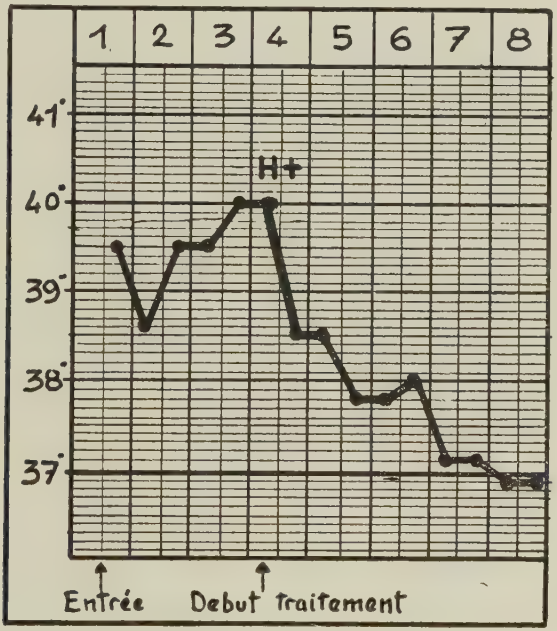


Observation XXV

Mme C., 53 ans, domiciliée à St-Jean-d'Angle.

Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vue par son médecin traitant au mois de juillet 1948.

Température élevée avec douleurs dans les épaules et les membres inférieurs. Etat saburral des voies digestives. Etat lipothymique, a présenté deux pertes de connaissance. Signes de congestion de la base gauche. Traitement antiinfectieux sans résultat. Le quatrième jour, lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.



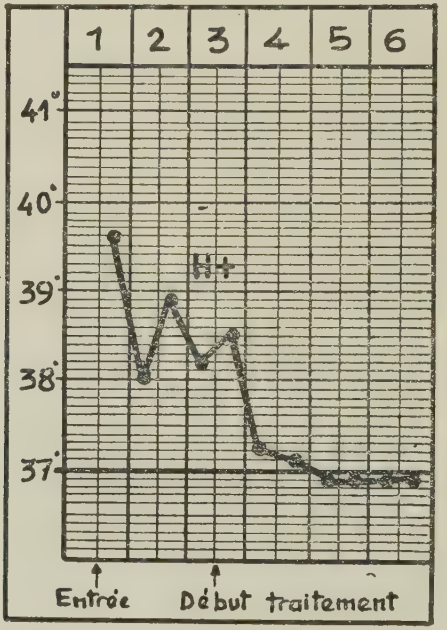
Observation XXVI

M. de Ch. L., 44 ans, domicilié à Marennes.

Séjour colonial en Malaisie remontant à 25 ans.

Vu par son médecin traitant au mois d'octobre 1948 pour

température élevée avec frissons, céphalées, état saburral des voies digestives. Rate percutable. Au troisième jour d'une fièvre irrégulière, lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.



Observation XXVII

M. S., 50 ans, domicilié à Marennes. Dernier séjour colonial remontant à 1917. Vu par son médecin traitant au début de l'été 1950. Malade fébrile aux environs de 40° avec vomissements, diarrhée, abdomen gargouillant et douloureux. Rate percutable.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

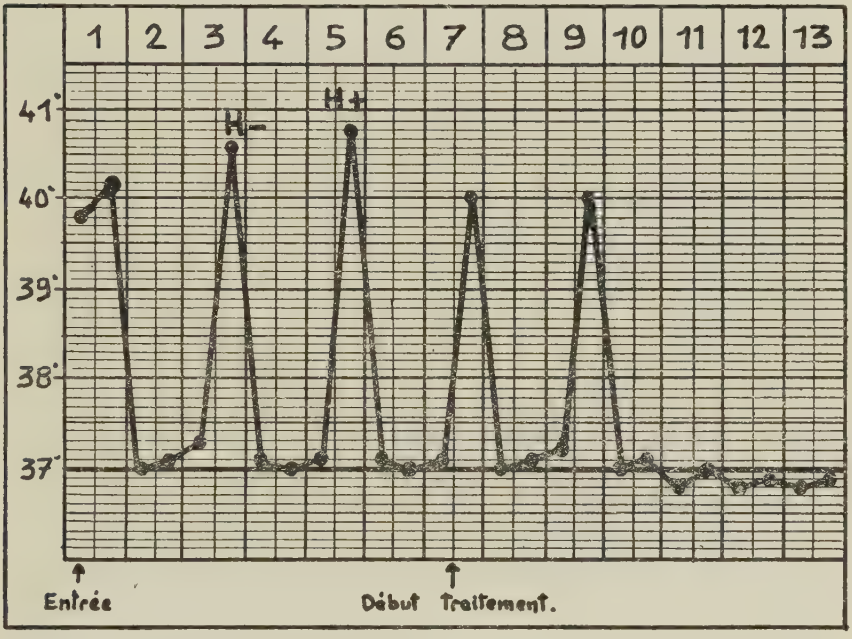
Observation XXVIII

M. F., 38 ans, domicilié à St-Just. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palus-

tre. Vu par son médecin traitant, le 14 septembre 1950 et adressé à l'hôpital St-Charles, de Rochefort, sans diagnostic. La maladie a débuté il y a quelques jours par une température élevée sans rémission avec signes pulmonaires. 39°8 à l'entrée, apyrexie le lendemain, puis accès tierces typiques avec rate percutable.

Une première lame de sang est négative.

Une seconde, le surlendemain, est positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.



Observation XXIX

Enfant H., 7 ans, domicilié à St-Jean-d'Angle. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant au mois d'octobre 1950 pour température très élevée avec douleurs abdominales, vomissements et délire. L'examen révèle une splénomégalie très importante.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation XXX

M. L., 60 ans, domicilié à Nodes. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vu par son médecin traitant au mois de juin 1951. Le malade se plaint de constipation, de ballonnement, de régurgitations. Depuis trois jours, température irrégulière ne redescendant pas au-dessous de 38°. Dans les jours suivants, présence de clochers thermiques à 40° avec frissons.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation XXXI

Mme C., 43 ans, domiciliée à La Gripperie. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Vue par son médecin traitant au mois de septembre 1951. Fièvre tierce peu accentuée, légers frissons, pas de sueurs, splénomégalie importante, anémie nette.

Lame de sang positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*

Observation XXXII

Mme D., 68 ans, domiciliée à St-Jean-d'Angle et possédant également une propriété à Hiers-Brouage. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre. Fait appeler son médecin traitant au mois d'avril 1951. Température à 39°, vomissements abondants, diarrhée. Violentes douleurs dans l'hypocondre droit avec défense localisée de cette région de l'abdomen. Adressée à l'hôpital St-Charles de Rochefort pour « cholécystite ». La présence de clochers thermiques avec frissons et sueurs font pratiquer une lame de sang qui se montre positive pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax*.

Observation XXXIII

Enfant R., 3 ans, domiciliée à St-Jean-d'Angle. Aucun séjour colonial. Typhoïde il y a six mois. Aurait présenté, au cours de

l'hiver, un épisode fébrile non identifié. Vue par son médecin traitant le 7 mars 1952. Température à 40°, douleurs abdominales intenses. Durant trois jours, l'administration de pénicilline et de chloromycétine reste sans effet et la jeune malade est adressée à l'hôpital St-Charles de Rochefort.

L'interrogatoire de la mère semble montrer que la température « variait » au cours de la journée. Le lendemain matin, en effet, apyrexie et le soir, clocher thermique à 40°. Une lame de sang pratiquée à ce moment se montre négative et, pour des raisons extra-médicales, la mère reprend son enfant. Sur notre demande, le médecin traitant pratique un nouveau frottis en accès fébrile qui montre la présence de nombreux schizontes de *Plasmodium vivax*.

Observation XXXIV

Mme G., 53 ans, domiciliée à St-Agnant. Aucun séjour colonial. Ne semble avoir présenté jusqu'alors aucune manifestation palustre.

Vue par son médecin traitant au mois de mai 1952. Présente depuis plusieurs jours une douleur dans l'épaule droite avec état subfébrile et asthénie marquée. Le 12 mai, se produit un accès fébrile violent présentant les étapes successives de frissons, chaleur, sudation, avec acmé à 40°2. Le lendemain, même accès avec acmé à 40°7. Un frottis de sang se montre positif pour l'hématozoaire *Plasmodium vivax* et la thérapeutique anti-palustre est entreprise ; nouvel accès beaucoup moins intense, puis apyrexie.

***

Ces notes étaient rédigées lorsque nous avons pris connaissance de trois nouveaux cas de paludisme autochtone, dont l'un adressé d'urgence, il y a quelques jours seulement, à l'hôpital St-Charles de Rochefort pour « appendicite très grave ».

III — Considérations

Ainsi, plus de la moitié des cas de paludisme retenus n'ont pas été diagnostiqués par le médecin traitant, et c'est à deux reprises que d'autres praticiens avaient été au préalable consultés en vain (obs. XIV et XVIII).

Dix-neuf de ces trente-quatre malades furent dirigés sur un service hospitalier nantis pour la plupart d'un diagnostic erroné.

La fréquence du paludisme autochtone n'est plus telle, bien sûr, que le praticien doive le soupçonner devant toute manifestation fébrile un peu inhabituelle ; cependant, faute d'y penser, et parfois d'y croire, la prédominance de quelque symptôme égara souvent le diagnostic.

Seules, dix-sept de nos observations pour lesquelles les premiers phénomènes fébriles furent à type de fièvre continue et plus ou moins irrégulière méritent le qualificatif de « primo-infestation » palustre. Il semble d'ailleurs que dans plusieurs cas (Obs. I, VII, XXIII, XXVIII, XXX, XXXII, XXXIV) l'on ait assisté à la transformation précoce d'une fièvre de primo-invasion en accès de reviviscence, ce qui a contribué évidemment à faire songer au paludisme.

La note classique d'embarras gastrique fébrile même à type pseudotyphique domine et les hémocultures furent souvent pratiquées ; mais nous pouvons trouver tous les degrés d'intensité et quelques masques trompeurs. Chez plusieurs malades, en effet (Obs. V, VII, XXXIV) un état subfébrile est noté. Chez d'autres, au contraire, des températures élevées accompagnent de violentes manifestations abdominales : début solennel de type chirurgical (Obs. IX), aspect de cholécystite (Obs. XXXII). Notons chez une femme de cinquante-trois ans la présence d'un état lipothymique et la confusion première du médecin avec une pneumopathie aiguë (Obs. XXV). Rappelons enfin l'intensité des signes généraux chez les enfants avec prostration et délire (Obs. XVIII, XXIX).

A propos de nos observations d'accès de reviviscence schizogonique, il est à remarquer que nous n'avons pour aucune la notion de paludisme antérieur. Pour deux d'entre elles, sans doute, un état fébrile précédent, non identifié, peut-il être apprécié comme tel (Obs. VI, XXXIII) ... L'on peut se demander toutefois, au vu d'accès typiques chez un enfant dont la mère a été atteinte une douzaine de jours auparavant (Obs. II), si ces accès ne doivent être considérés, dans un certain nombre de cas, comme révélant le paludisme.

Deux ordres de symptômes et de signes purent prêter à confusion quant à leur interprétation.

— Des manifestations abdominales, particulièrement importantes : diagnostic de péritonite à pneumocoques envisagé par le chirurgien (Obs. IV), masque d'appendicite (Obs. XX).

— Des manifestations nerveuses : signes méningés nets, qui dans un cas imposent au malade, hospitalisé, deux ponctions lombaires à quarante-huit heures d'intervalle (Obs. XXVI), aspect inhabituel des accès de reviviscence sous forme de crises épileptiformes avec perte de connaissance (Obs. XIX).

Du point de vue de l'évolution immédiate, la mise en œuvre d'une thérapeutique spécifique banale a pratiquement toujours arrêté le processus. Dans une seule de nos observations (Obs. XIX) à laquelle nous venons de faire allusion, les manifestations très vives nécessitèrent l'emploi de la quinine intraveineuse, de sédatifs généraux et la poursuite prolongée du traitement. L'avenir de ces malades semble d'un pronostic particulièrement excellent. Bien que nous puissions relever (Obs. VI) un état fébrile supprimé par un traitement antipalustre six mois après des accès de reviviscence, et (Obs. XII) quelques accès fébriles — aux dires de cette personne — dans les étés suivants, la plupart des malades retrouvés et interrogés déclarèrent n'avoir présenté aucune manifestation ultérieure.

Après avoir mis en relief les quelques pièges que le paludisme autochtone pouvait encore réserver au médecin traitant, nous nous permettons, en cette fin de chapitre, d'insister sur

la nécessité du frottis de sang et de l'examen de laboratoire lorsque le moindre doute se présente. On comprend, en effet, qu'une typhoïde, une pyélonéphrite ou une primo-infection tuberculeuse n'aient pu bénéficier de la quinine et de ses dérivés...

CHAPITRE III

GEOGRAPHIE - EPIDEMIOLOGIE

I. — Aire du paludisme

En reportant sur une carte les cas retenus, nous pouvons avoir une idée assez précise de l'aire de répartition du paludisme autochtone. La région ainsi délimitée s'inscrit en effet grosso modo entre Charente et Seudre d'une part, la mer et une ligne Rochefort-Saujon d'autre part. Le long des cours mêmes de la Charente et la Seudre, intéressées sur leurs deux rives, la zone impaludée semble s'étendre un peu plus vers l'Est puisque nous relevons deux cas à Tonnay-Charente et un à Saujon. C'est à Beurlay que se situe l'unique observation franchement au dehors de ces limites. Mais le malade, camionneur de son métier, ayant passé ses précédentes journées entre Marennes et Saint-Jean-d'Angle, il semble logique de reporter dans cette zone son infestation.

Les médecins de l'île d'Oleron, de Fouras, Châtelaillon, Saint-Savinien, Bords, Saint-Porchaire, Royan et Saint-Palais nous ont déclaré n'avoir jamais enregistré de paludisme autochtone dans leur clientèle.

II. — Fréquence

Cet aspect du problème fut bien difficile à apprécier dans les conditions où nous entreprîmes notre travail. Certain

médecin pense en avoir vu chaque été plusieurs dizaines de cas, tel autre, une demi-douzaine seulement. L'on conviendra, en l'absence du laboratoire, de la réserve avec laquelle il fallut consigner ces renseignements.

A la recherche de quelque élément susceptible de nous éclairer, nous nous sommes rendu, le 7 juin 1952, en compagnie du docteur de Gouyon, ancien médecin colonial et médecin scolaire pour la région de Rochefort, à l'école de Saint-Jean-d'Angle. Notre choix fut certes arbitraire, mais le hasard, en la personne d'un praticien familier des frottis sanguins, avait groupé autour de ce bourg un plus grand nombre de nos observations.

Nous avons donc examiné 44 enfants, garçons et filles, dont l'âge variait entre 6 et 14 ans. Nous avons retenu 10 rates percutables dont 4 palpables. Deux de ces dernières étaient douloureuses. Parmi ces enfants, l'interrogatoire des maîtres et la lecture des fiches médicales a révélé :

— chez une fillette de 9 ans : apparition, l'an passé, d'une série d'accès fébriles intermittents avec céphalée et vomissements.

— chez une fillette de 6 ans : apparition, l'an passé, d'une série d'accès fébriles, vespéraux, quotidiens avec délire.

— chez un garçon de 10 ans : depuis une quinzaine de jours, accès fébriles irréguliers avec douleurs abdominales.

Rien de notable ne put être mis en évidence dans les antécédents des 6 autres.

De la conversation que nous avons eue avec leurs maîtres, il ressort ce qui suit :

— L'allure générale des enfants est incontestablement chétive et malingre par rapport à celle que l'on peut observer dans des écoles sises plus à l'Est.

— La fréquence des absences est notable, en général d'une après-midi ou d'une journée, le motif le plus souvent invoqué étant : « J'ai eu la fièvre... » Et l'instituteur de conclure : « C'est leur maladie, ici ! »

Sans doute n'avions-nous pas précisé pour autant la notion de fréquence, mais il est intéressant, nous semble-t-il, de noter la physionomie un peu spéciale d'un milieu scolaire, dans cette région indiscutablement impaludée.

III. — Les marais

L'étude de la carte montre que le terrain délimité par nos observations correspond sensiblement aux marais : partie sud du marais de Rochefort au contact de la Charente, marais de Brouage et partie nord du marais de la Seudre.

Cette région de « bri », où une couche imperméable d'argile marneuse retient les eaux, est parcourue en tous sens par de multiples fossés et canaux. Trois voies d'eau principales la drainent, les canaux de Brouage, de Mérignac et de la Seudre à la Charente. Après l'abandon des salines, les bords de Seudre se consacraient à l'ostréiculture, tandis qu'une partie du marais de Brouage était, petit à petit, convertie en pacage pour les bovidés. Ces vastes étendues monotones, couvertes d'eau l'hiver, se dessèchent en saison chaude, mais c'est alors que fossés et canaux secondaires ne contiennent souvent qu'eaux saumâtres, — et cette imprégnation du sol par le sel est caractéristique de la région. Il n'est pour s'en convaincre que de goûter l'eau de Rochefort, certains mois d'été !

IV. — Les moustiques

Signalés souvent dans les écrits historiques, les moustiques persistent en grand nombre. Le médecin de garde à l'hôpital maritime de Rochefort jouissait récemment encore du privilège de la moustiquaire et, l'an dernier, la base aérienne déversait par avion, sur ses terrains, quantité de D.D.T. Les culex sont en plus grand nombre; quant aux anophèles, c'est le professeur Roubaud qui les identifia avant guerre. Ce sont des *maculipennis atroparvus*. Disons simplement à leur propos que, familiers

des pays bas et côtiers, une de leurs caractéristiques est l'habitat de leurs larves : l'eau saumâtre. Leur aire de dispersion peut atteindre, en certains cas, trois kilomètres à partir de ces gîtes larvaires.

V. — L'Entretien des marais

Œuvre de Charles Le Terme, le « Règlement général des marais de l'arrondissement de Marennes » fut homologué par ordonnance royale du 29 septembre 1824 : « Toutes les fois que les travaux, améliorations ou intérêts quelconques réclament la coopération de plusieurs propriétaires, il y a lieu à la réunion de ces derniers en syndicats ». Le principe actuel était né. Afin de fusionner les initiatives, se crée, un siècle plus tard, en 1925, « l'Union des Syndicats de Marais des Charentes et du Poitou ». L'entretien de ces terres et leur utilisation du point de vue agricole retient en effet toute l'attention. La Charente-Maritime, à elle seule, compte 12 % de ses terres en marais. Le problème dépasse donc le cadre des seuls marais « salés » qui sont intéressés par notre étude. A cette époque d'avant-guerre, M. Verdié, ingénieur agronome et directeur des Services agricoles, organise une mission d'étude dans les Pays-Bas, et jusqu'en 1939, diverses machines sont mises à l'essai. Les ressources provenant uniquement des cotisations recueillies auprès des propriétaires, les constructeurs désireux de voir adopter leur matériel aident financièrement l'opération. La guerre, malheureusement, interrompt ces entreprises. Il y a trois ans, « l'Union » se rajeunit et M. Dulin, Président du Conseil général, prend sa tête. Les subventions départementales vont à l'avenir autoriser des travaux beaucoup plus complets. Déjà est à l'essai, dans les marais de St-Bonnet, à proximité de la Gironde, un matériel important. Il doit dorénavant permettre un entretien rationnel des voies d'écoulement et contribuer puissamment, de la Charente à la Seudre, à la disparition définitive du paludisme autochtone.

CONCLUSIONS

I. — L'histoire du paludisme autochtone est particulièrement riche au cours des siècles passés et sa régression non moins spectaculaire à la fin du siècle dernier.

II. — Il persiste indiscutablement un certain degré d'endémie palustre à *Plasmodium vivax*, mais le taux de morbidité est bien difficile à apprécier. Les manifestations cliniques sont le plus souvent classiques ; parfois trompeuses cependant, elles ont pu faire errer le diagnostic.

L'affection est grandement sensible au traitement spécifique et son pronostic tout à fait bénin.

III. — L'aire impaludée est grossièrement inscrite entre Charente et Seudre et limitée à l'Est par une ligne Rochefort-Saujon. Ces terres correspondent dans l'ensemble à d'anciens marais salants. Les eaux stagnantes saumâtres en sont la caractéristique et le gîte particulier des larves de *maculipennis atroparvus*. L'entretien de ces marais délaissé durant la guerre est à la charge des syndicats de marais disposant depuis peu, sur le plan départemental, de ressources nouvelles et d'un matériel puissant.

IV. — Le travail de ces organismes laisse présager la complète disparition du paludisme.

Le praticien, dans cette attente, devra cependant éviter :

— de ne pas y croire ;

— de ne pas y penser ;

— de poser facilement ce diagnostic sans s'assurer des garanties du laboratoire.

BIBLIOGRAPHIE

BARRAUD, *Æesculape sur les côtes du pays d'Ouest* (1950).

BOURRU, *Etat sanitaire de la ville de Rochefort en* 1882.

— *Des épidémies qui régnaient à Rochefort en* 1694.

BOUYER, *Etude sur les fièvres intermittentes* (Recueil des travaux de la Société médicale de la Seudre, n° 3, 1847).

DUPONT, *Statistique médicale de Rochefort,* 1864-1888.

DUPRAT, *Monographie historique de Rochefort* (1905).

FRANÇOIS, *Le paludisme autochtone à Rochefort-sur-Mer* (Thèse de Paris, 1935).

GALLAIS, *Le paludisme en France autrefois et aujourd'hui* (Thèse de Paris, 1925).

LANGERON, *Sur l'anophélisme et le paludisme en France.*

LAURENCIN, *Réflexions sur les fièvres intermittentes de Rochefort* (1827).

LE DANTEC, *La lutte contre les moustiques, à Rochefort-sur-Mer* (*Journal de Médecine de Bordeaux,* juin 1918).

LEFEVRE, *Note sur la salubrité des places de guerre du département de la Charente-Inférieure en général et de celle de Rochefort en particulier* (1844).

LEFEVRE, *Maladies qui ont été la cause de la mortalité à Rochefort en* 1847.

LE TERME, *Règlement général et notice sur les marais de l'arrondissement de Marennes* (1826).

LUCADOU, *Mémoire sur les maladies les plus familières à Rochefort* (1787).

MAHER, *Essai sur les fièvres intermittentes pernicieuses* (1837).

— *Statistique médicale de Rochefort*, 1854-1881.

MUNERA, *Le paludisme en France. — Les causes de sa disparition* (Thèse d'Alger, 1925).

PAPONNET, *Le paludisme à Rochefort* (Leçon d'ouverture à l'Ecole annexe de Médecine navale de Rochefort, 1929).

PAPY, *Brouage et ses marais* (Extr. de la *Revue géographique des Pyrénées et du Sud-Ouest*, t. VI, octobre 1935).

PAPY, *La côte atlantique de la Loire à la Gironde* (1941).

PASCAL, *Contribution à l'histoire du paludisme à Rochefort* (Thèse de Bordeaux, 1919).

ROUCHE, *Deux années de lutte contre les moustiques au Centre d'aviation de Rochefort.* (*Revue de Médecine Navale*, oct.-déc. 1935.)

TANON, *Le paludisme en France* (*Vie médicale*, avril 1931, n° 8).

THÉODORE, *Histoire de Rochefort* (1733).

THÉVENOT, *Esquisse médicale sur la ville de Rochefort avec considération sur les fièvres intermittentes* (Thèse de Paris, 1828).

VAUX DE FOLETIER (DE), *Brouage ville morte* (1938).

VERDIÉ, *La vie rurale en Charente-Inférieure : Les marais* (1929).

VIAUX et FLEURY, *Histoire de la ville de Rochefort* (1845).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le 8 juillet 1952.
Pour le Doyen,
L'Assesseur :
R. SIGALAS.

Bordeaux, le 5 juillet 1952.
Le Président de Thèse :
H. BONNIN.

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 11 juillet 1952.
Le Recteur,
E. DELAGE.